

UNIVERSITÉ DE LYON  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 224

---

# La Forme occlusive des Papillomes de la Vessie

---

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 8 Juillet 1924

PAR

**Bogidar RISTITCH**

né à BELGRADE (Serbie) le 28 Janvier 1897



LYON  
Imprimerie BOSC Frères & RIOU  
42, Quai Gailleton, 42  
Téléphone 63-56

1924



**LA FORME OCCLUSIVE DES PAPILLOMES  
DE LA VESSIE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553203\\_0064](https://archive.org/details/IA41553203_0064)

UNIVERSITE DE LYON  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 224

---

# La Forme occlusive des Papillomes de la Vessie

---

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

*le 8 Juillet 1924*

PAR

**Bogidar RISTITCH**

né à BELGRADE (Serbie) le 28 Janvier 1897



LYON  
Imprimerie BOSC Frères & RIOU  
42, Quai Gailleton, 42  
Téléphone 63-56

—  
1924

# PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.  
Doyen ..... J. LEPINE.  
Assesseur ..... ROQUE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER

## PROFESSEURS

|                                                          |                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                                 | MM. BARD.       |
| Cliniques chirurgicales.....                             | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....              | TIXIER.         |
| Clinique ophtalmologique.....                            | BERARD.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     | COMMANDEUR.     |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des enfants.....                   | NICOLAS.        |
| Clinique des maladies des femmes.....                    | LEPINE (J.)     |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                   | WEILL.          |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....           | VILLARD.        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....      | LANNOIS.        |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....   | ROCHET.         |
| Chimie biologique et médicale.....                       | NOVE-JOSSERAND  |
| Chimie organique et Toxicologie.....                     | CLUZET.         |
| Matière médicale et Botanique.....                       | HUGOUNENQ.      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        | MOREL.          |
| Anatomie.....                                            | BRETIN.         |
| Histologie.....                                          | GUIART.         |
| Physiologie.....                                         | LATARJET.       |
| Pathologie interne.....                                  | POLICARD.       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales.....              | DOYON.          |
| Anatomie pathologique.....                               | COLLET.         |
| Chirurgie opératoire.....                                | MOURIQUAND.     |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... | PAVIOT.         |
| Médecine légale.....                                     | X               |
| Hygiène.....                                             | ARLOING (F.).   |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....           | Etienne MARTIN. |
| Pharmacologie.....                                       | COURMONT (P.).  |
|                                                          | PIC.            |
|                                                          | X.              |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |             |
|----------------------------------------------|-------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | MM. VALLAS. |
| — — — Propédeutique de gynécologie.....      | CONDAMIN.   |
| — — — Chimie minérale.....                   | BARRAL.     |
| — — — Urologie.....                          | GAYET.      |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique.....                         | MM. PATEL. |
| Orthopédie.....                                     | LAROYENNE  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.    |
| Chirurgie expérimentale.....                        | LERICHE.   |
| Stomatologie.....                                   | TELLIER.   |

## AGREGES

|                   |                |               |                   |
|-------------------|----------------|---------------|-------------------|
| MM.               | MM.            | MM.           | MM.               |
| NOGIER.           | COTTE.         | CORDIER (V.). | MAZEL.            |
| THEVENOT Léon.    | DUROUX.        | ROUBIER.      | SANTY.            |
| GARIN.            | TRILLAT.       | FAYRE.        | DUNET.            |
| SAVY.             | SARVONAT.      | BONNET.       | CHALIER (André).  |
| PROMENT.          | FLORENCE (G.). | RHENTER.      | CHALIER (Joseph). |
| THEVENOT (Lucien) | ROCHAIX.       | LEULIER.      | NOEL.             |
| PIERY.            |                |               | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. GAYET, président ; ROCHET, assesseur ;  
THÉVENOT Léon et DUROUX, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection et de  
ma profonde reconnaissance.

A MES SOEURS ET MON FRÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA FEMME ET MON FILS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

*Chirurgien des Hôpitaux  
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il a été pour nous un Maître bienveillant ; il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a prodigué ses conseils et son aide ; c'est à ses conseils éclairés et à son inépuisable bonté que nous devons d'avoir pu faire cette thèse. Ses leçons cliniques, pleines de clarté et de précision, que nous avons suivies avec un intérêt tout particulier, nous resteront gravées dans la mémoire. Il nous a toujours accueilli avec amabilité et nous le prions d'accepter ici le modeste témoignage de notre gratitude infinie ; nous sommes heureux de le remercier aussi de l'honneur qu'il nous fait de présider cette thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

# LA FORME OCCLUSIVE DES PAPILLOMES DE LA VESSIE

---

## Introduction.

---

Notre maître, M. le Professeur Gayet, ayant eu, dans l'intervalle de deux mois, l'occasion d'observer trois cas de papillomes occlusifs de la vessie, il lui a paru intéressant d'attirer l'attention sur cette question très peu étudiée et nous a engagé à recueillir les observations de cas semblables et à consacrer à ce sujet notre thèse inaugurale.

Nous nous sommes efforcés de rassembler ce qui a été fait sur la matière. Nous avons insisté davantage sur les symptômes et surtout sur le diagnostic des papillomes occlusifs. C'est en effet de ce côté que la question nous a intéressés plus particulièrement. Notre but était en effet de montrer les difficultés si grandes et les erreurs si fréquentes dans ces cas, qu'ils ont pu égarer les observateurs les plus attentifs. Nous apportons plusieurs observations qui sont tout à fait démonstratives à cet égard.

Nous serons heureux si nous avons pu apporter un peu de clarté dans cette question parfois complexe, et c'est en cela que réside le plus grand intérêt de notre travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous profitons de l'occasion qui nous est donnée pour adresser nos remerciements à M. L'AINÉ, interne des Hôpitaux, qui nous a aidé au cours de ce travail.

Je prie enfin mon camarade et ami, M. FONTENEAU, d'accepter ici mes sincères remerciements pour son aide obligeante.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique.

---

Les tumeurs de la vessie ont été très étudiées dans ces dernières années ; mais à propos des papillomes occlusifs de la vessie, on a écrit très peu.

Ainsi, en parcourant la littérature médicale française et étrangère, nous n'avons pu trouver que quelques mentions sur les papillomes occlusifs de la vessie. C'est pourquoi nous serons très bref sur ce chapitre.

LEROY D'ETIOLES, première moitié du xix<sup>e</sup> siècle, rejette les interventions sur les tumeurs de la vessie, sauf lorsqu'elles déterminent de la rétention.

GUYON (*Gazette des Hôpitaux*, 1894) parle des tumeurs occlusives et insiste sur les difficultés de leur diagnostic.

En 1892, ALBARRAN (*Tumeurs de la vessie*) s'occupe de ces cas, ainsi que CLADO (*Tumeurs de la vessie*, 1895).

En 1912, ZUCKERKANDEL (*Münchener Med. Woch*) dont nous rapportons trois observations, étudie la forme occlusive des papillomes de la vessie et insiste aussi sur les difficultés que peuvent donner ces tumeurs au point de vue

du diagnostic précis. Il dit qu'il n'a pu trouver dans la littérature que très peu d'auteurs qui se sont occupés de ces tumeurs, et il les cite dans son travail : un cas rapporté par GUIZI, où la tumeur provoque une rétention qui a duré plusieurs heures ; mais RAFIN considère ces cas comme rares ; un cas de BOSCH, dans lequel la vessie était très distendue et arrivait au-dessus de l'ombilic.

Tout dernièrement, PÉRIER (de Genève) rapportait un nouveau cas dans le *Journal d'Urologie* (1924).

---

## CHAPITRE II

---

### **Anatomie pathologique.**

---

#### CARACTÈRES MACROSCOPIQUES :

Les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur le siège des tumeurs villeuses. L'opinion classique admettait que le trigone et le bas-fond de la vessie étaient le siège le plus fréquent des néoplasmes vésicaux.

Guyon admet que leur siège de prédilection est la zone inférieure de la vessie, et qu'ils affectent particulièrement les faces latérales et le voisinage des orifices urétéraux ; la paroi antérieure n'est que rarement atteinte, et le sommet reste presque toujours indemne. Il arrive fréquemment qu'au cours des opérations ou des autopsies, on trouve plusieurs tumeurs villeuses dans la vessie d'un même individu. On peut aussi en rencontrer un très grand nombre disséminées sur toute la surface de la muqueuse. C'est à cette affection que les Anglais avaient donné le nom de maladie villeuse.

Au milieu de ces tumeurs villeuses rattachées aux parois par un mince pédicule, il en est parfois qui présen-

tent un pédicule plus large, et dont la constitution histologique est celle des épithéliomas. Il arrive aussi, mais plus rarement, qu'à côté d'un cancer macroscopique, on trouve un ou plusieurs papillomes plus ou moins frangés.

La multiplicité des néoplasmes a une très grande importance au point de vue de l'intervention, et il faut toujours faire précéder celle-ci d'un examen complet de la vessie.

Les papillomes de la vessie sont des tumeurs papillaires villeuses et frangées à leur surface ; l'origine allantoïdienne de la vessie expliquerait pour certains cette tendance papillaire. Pour d'autres, ce serait l'effet du flottement dans un milieu liquide constamment en mouvement. Ces irrégularités de la surface se manifestent de diverses façons : ce sont tantôt de petits mamelons, comme ceux d'une framboise ou d'un chou-fleur, tantôt elles forment des bouquets, des houppes molles qui s'étalent sur une surface plus ou moins étendue de la vessie ; elles flottent librement dans le liquide sous l'aspect de touffes chevelues plus ou moins longues. Si l'on agite dans un liquide un débris de ces tumeurs, on voit des arborisations qui rappellent celles du corail.

Leur couleur est gris rosé ; suivant l'état d'anémie ou de congestion du néoplasme, on a alors une teinte plus ou moins claire. Le volume est très variable, et nullement en rapport avec les symptômes. La forme est irrégulière ; quelquefois arrondie, d'autres fois allongée, avec des villosités beaucoup plus longues et qui flottent dans le liquide vésical. Ces tumeurs sont très friables, elles s'écrasent sous le doigt, se déchirent sous la pince avec une très grande facilité.

Il est important, dans l'étude des tumeurs, de tenir compte des rapports qu'elles affectent avec la paroi vésicale. Ces rapports sont du plus haut intérêt au point de vue de l'intervention.

Le papillome de la vessie est pédiculé : nous ne voulons pas dire par là que toutes les formes de tumeurs épithéliales pédiculées soient de simples papillomes bénins. Albarran, sur 28 tumeurs bien pédiculées, compte 13 tumeurs typiques et 15 épithéliomas atypiques; et il ajoute : « Si toutes les tumeurs épithéliales pédiculées ne sont pas bénignes, en revanche, toutes les tumeurs bénignes appartenant à ce groupe épithélial se sont présentées à l'examen macroscopique sous la forme pédiculée. »

« Les tumeurs pédiculées ont pour caractère de s'implanter sur la paroi par l'intermédiaire d'une portion rétrécie qui leur sert de pédicule. Le pédicule est cylindrique, lamelleux ou membraniforme. Son épaisseur est en raison inverse de sa longueur. Quand il est très long, quand il dépasse deux à trois centimètres, il laisse à la tumeur une grande mobilité et lui permet de se déplacer, de flotter dans le milieu vésical. Du côté de la tumeur, le pédicule se continue directement avec le néoplasme qui semble être un bourgeonnement étalé à son extrémité : du côté de la vessie, le pédicule s'attache à la muqueuse par une base élargie au niveau de laquelle il est difficile, à l'œil nu, de dire le point où commence la tumeur et où finit la muqueuse. » (LEQUEU). Le papillome soulève la muqueuse qui se laisse étirer. Cette laxité est très utile au cours de l'opération, car elle permet de sectionner le pédicule très bas.

Clado explique la formation de ce pédicule par les con-

tractions répétées du réservoir vésical. La tumeur, développée d'abord dans la muqueuse, serait sans cesse exprimée vers la cavité par la contraction de la paroi. Elle deviendrait alors de plus en plus saillante, et le courant de l'urine, en provoquant des déplacements, produirait des tiraillements sur le point d'implantation, son allongement et la formation du pédicule.

Au point de vue qui nous occupe, la laxité du pédicule joue un grand rôle. C'est cette particularité qui permettra au polype de venir s'appliquer sur l'orifice de l'urètre, formant ainsi un bouchon que Périer compare heureusement avec ces bondes de caoutchouc, retenues par une chaînette, qui permettent de boucher le fond des cuvettes hygiéniques modernes.

---

### CHAPITRE III

---

#### **Symptômes.**

---

La symptomatologie des tumeurs pédiculées de la vessie est connue, en détail, depuis longtemps, et bien avant que la cystoscopie n'en ait précisé les éléments les plus importants. On considère à bon droit l'hématurie comme le symptôme cardinal de cette maladie, et l'habitude d'examiner la vessie au premier écoulement de sang a, comme conséquence, le diagnostic plus précoce et l'opération mieux réussie. « Les tumeurs développées sur le col vésical doivent à ce siège même une gravité plus grande. Elles peuvent donner lieu à des hémorragies plus fréquentes, plus abondantes, souvent continues : les tiraillements incessants auxquels les soumet chaque miction expliquent facilement la gravité de ce symptôme. » (Verhoogen).

L'HÉMATURIE est un symptôme qui révèle le plus souvent la maladie. Quand elle existe, on a affaire à une affection d'un diagnostic beaucoup plus facile. Presque

toujours, il s'agit d'un malade d'un certain âge qui, sans cause provocatrice d'aucune sorte, a vu un jour que ses urines étaient sanguinolentes. L'hématurie est capricieuse et survient de temps en temps, séparée par des intervalles plus ou moins longs. Elle est indolore : il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur pendant la miction.

Mais ces hématuries ne surviennent pas toujours spontanément, elles peuvent être provoquées par un excès, un refroidissement, un traumatisme, et d'autres fois par des causes insignifiantes. Il faut noter que si cette dernière hématurie survient sans cause, elle disparaît sans traitement. Le repos et le régime ne modifient pas cette allure, elle dure l'espace d'une miction, un jour, deux jours, et plus; puis, elle disparaît, l'urine redevient claire et le malade se croit guéri. Il peut se passer des semaines, des mois, des années, sans que le malade soit inquiété par une nouvelle hématurie.

L'hématurie est souvent plus prononcée à la fin de la miction, elle est terminale. Ces hématuries sont souvent profuses et le sang est rendu en grande abondance. Elles affaiblissent beaucoup l'organisme, le malade est pâle, anémié. La quantité de sang n'est pas en rapport avec le volume du papillome : il arrive que des papillomes d'un petit volume produisent des hématuries très abondantes. Mais cependant ces hématuries ne sont pas toujours terminales, et nous rapportons un cas (obs. III) tout à fait typique où ces hématuries étaient surtout accentuées au début de la miction, le reste de la miction étant plus claire, souvent limpide.

Si on se rapporte à nos 14 observations que nous rapportons dans cette thèse, on peut voir que l'hématurie

est un signe des plus constants, puisqu'elle est présente au début de l'affection dans les huit cas. Dans un cas, l'hématurie survient au cours de la maladie et dans les cinq derniers cas, il n'y avait pas d'hématurie. Ce sont ces derniers cas où les malades se présentent comme des prostatiques qui offrent les plus grandes difficultés au point de vue diagnostic, et ce sont ceux-là qui exposent à des confusions que nous allons énumérer dans le chapitre suivant.

La DYSURIE, qui est un des symptômes des plus constants, et souvent la première en date, existe chez presque tous les malades et est accompagnée dans beaucoup de cas d'une douleur très pénible au début de la miction. Au cours de cette dysurie, il se pourra que le papillome soit expulsé spontanément et on assistera alors à la guérison complète; mais cette éventualité si rare ne mérite que d'être mentionnée (obs. XI).

De même, grâce à la brièveté de l'urètre féminin, et par le même mécanisme, il pourra se faire un prolapsus du papillome qui apparaîtra au dehors (obs. XIII).

L'ARRÊT BRUSQUE DU JET URINAIRE est un signe très-caractéristique d'existence de papillome occlusif. Malheureusement ce signe si précis se présente seulement dans un tiers des cas. Quand il existe, le malade a souvent la sensation d'un corps étranger qui se déplace dans la vessie et qui, par intermittence, empêche la miction.

La POLLAKIURIE n'est pas rare au cours des papillomes occlusifs. Elle est diurne ou nocturne, ou bien tient à la fois de ces deux caractères. Plusieurs de nos observations mentionnent ce que nous rapportons plus haut.

La RÉTENTION est un autre signe caractéristique de l'affection. C'est pour elle et pour l'hématurie que le malade vient consulter, parce que c'est le symptôme douloureux. Elle est toujours due à l'occlusion de l'urètre par la tumeur, c'est donc une rétention mécanique. Nous ne saurions mieux faire pour la décrire que de rappeler la citation de Clado, se rapportant surtout à la rétention complète : « Elle est toujours l'effet d'une cause mécanique, savoir l'obstruction de l'orifice interne de l'urètre par la tumeur elle-même (néoplasme à long pédicule, frangé, voisin du col, ou fragments volumineux). Dans ces conditions, la rétention est extrêmement douloureuse et s'accompagne de violentes épreintes, pendant lesquelles les malades rendent à peine quelques gouttes d'urine mélangées de sang. La rétention peut céder brusquement à la suite de déplacement du bouchon qui obstruait le col. Le plus souvent, cette rétention brusque et passagère est à répétition. » (Clado).

La rétention est un symptôme aussi constant que l'hématurie. En lisant nos observations, on peut se rendre compte que parmi les huit malades présentant le symptôme rétention, quatre sont des rétentionnistes complets et quatre des rétentionnistes incomplets.

Après avoir décrit la rétention complète, nous serons brefs sur la rétention incomplète. Le malade n'urine pas tout, il vide incomplètement sa vessie, le bas-fond se forme, il y a un résidu plus ou moins grand après la miction.

Enfin, l'INCONTINENCE est très rare au cours des papillomes occlusifs ; nous n'avons qu'une observation où elle existe. Elle peut se montrer dans différentes conditions.

La vessie aux parois scléreuses est distendue et il y a un résidu. Rétention et distension s'aggravent mutuellement, le col est forcé, le trop-plein s'écoule, la miction par regorgement est constituée. Chez les malades affaiblis, comme les vieillards, la lutte entre l'obstacle et la contractilité vésicale étant inégale, la vessie se laisse parfois distendre et la rétention fait place à l'incontinence par regorgement. L'incontinence de l'urine peut se produire encore lorsque le papillome a pu s'insinuer à travers le col et l'empêcher d'exercer ses fonctions de sphincter. « Chez les femmes, il n'est pas rare de voir comme symptôme de début l'incontinence d'urine et l'apparition de la tumeur à la vulve à travers l'urètre dilaté. Cela s'explique facilement en réfléchissant à la brièveté de l'urètre chez la femme. » (Albarran).

Le malade arrivé à cette période est dans un état grave. Perte des forces, pâleur, perte d'appétit, soif ardente, sont des signes de cette gravité. Et même si le malade ne présente pas ces signes, le danger de cathétérisme est très grand, parce qu'il peut produire l'infection, qui est souvent la terminaison de la maladie.

#### COMPLICATIONS :

Au cours de l'évolution des papillomes occlusifs, on peut observer divers accidents qui viennent compliquer la situation et sont souvent très pénibles.

L'infection est fréquente. La cystite est une complication grave, elle provoque des douleurs intolérables, des crises violentes de ténesme.

La cystite peut s'accompagner de formation de calculs.

« Les troubles du rein sont plus graves encore si l'in-

fection vient compliquer la rétention, ce qui arrive habituellement. L'état général s'altère alors progressivement et la mort est fatale à brève échéance. » (Verhoogen).

En résumé, le malade atteint de papillome vésical occlusif présente deux symptômes dominants : rétention, hématurie. C'est un rétentionniste qui saigne plus ou moins fréquemment, plus ou moins abondamment, quelquefois très peu. Ce qui les amène à consulter, c'est surtout la rétention, parce que c'est le symptôme douloureux; c'est donc surtout sur ce fait qu'ils insisteront, et si l'on ne connaît pas l'existence de cette forme spéciale de papillomes, presque toujours on n'y pensera pas, et on passera à côté du diagnostic. Nous allons étudier dans le chapitre suivant quelles sont les affections avec lesquelles il faut différencier le papillome occlusif.

---

## CHAPITRE IV

---

### **Diagnostic.**

---

Dans la plus grande majorité des cas, le malade souffre et présente tout ou partie des signes que nous avons indiqués : mictions douloureuses, surtout au début de la miction; pollakiurie avec arrêt soudain du jet; hématurie qui est assez caractéristique mais qui pourtant n'existe pas toujours.

Ces signes peu nets au début vont aller en se précisant et prendront une individualité clinique plus nette avec la durée de l'affection.

Quelquefois, cependant, sans passer par ce stade de transition que nous venons d'indiquer, le début pourra être brusque et le malade se présentera comme un rétentionniste ou comme un incontinent.

Cet aspect clinique polymorphe; ces signes si peu particuliers à l'infection qui nous occupe nous obligeront à faire un diagnostic différentiel avec toutes les affections dont la symptomatologie sera identique et, par suite, il est facile de comprendre combien délicat et difficile sera le diagnostic de papillome occlusif.

Dans l'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, les signes se confondent tellement qu'il est impossible de faire le diagnostic différentiel sans le secours du cystoscope. L'hypertrophie prostatique peut présenter, comme le papillome occlusif, deux périodes : période de début avec fréquence de la miction, dysurie, diminution de la portée du jet ; période de rétention et d'incontinence. L'hypertrophie prostatique peut aussi donner lieu à des hématuries, sous l'influence de poussées congestives, éveillant l'idée de tumeur vésicale. Le toucher rectal qui, si souvent fait faire le diagnostic, peut être quelquefois en défaut, et alors, il est délicat de différencier l'adénome prostatique du papillome (obs. I), les deux affections ayant les mêmes signes fonctionnels et les signes physiques permettant la différenciation faisant défaut. Il n'est pas jusqu'au bas-fond vésical, complication si fréquente dans l'hypertrophie prostatique, qui ne puisse s'observer dans le papillome occlusif, ajoutant ainsi une difficulté encore plus grande aux difficultés que nous venons de signaler. Donc, diagnostic très difficile ; si difficile que la confusion est presque la règle et partant, traitement mal orienté. C'est pourquoi nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'une cystoscopie précoce dans tous les cas où l'on a le moindre doute. La cystoscopie nous permet, en effet, dans bien des cas, d'éliminer l'hypertrophie prostatique ; de reconnaître le papillome, son volume, sa configuration, ses rapports avec la paroi vésicale. Quant à sa nature, le microscope seul la déterminera. Nous ne décrirons pas la technique cystoscopique ; nous rappellerons seulement qu'elle doit être pratiquée avec prudence et avec toutes les conditions nécessaires d'asepsie.

A côté de ce diagnostic différentiel dominant, il y a d'autres causes qui peuvent nous induire en erreur.

Des CAILLOTS contenus dans la vessie pourront très fréquemment déterminer la rétention d'urine. Ces caillots agiront comme un corps étranger de la vessie et par leur masse boucheront l'urètre, produisant ainsi des douleurs à la miction et amenant une véritable rétention. « Dans certains cas, le sang coagulé en masse forme une véritable tumeur dans la vessie. Non seulement il y a alors rétention complète, mais l'urine venant des reins ne peut plus pénétrer dans le réservoir : il y a anurie. » (Clado).

Un diagnostic fort difficile, c'est celui avec le CANCER DE LA PROSTATE. Parfois, ce cancer ne prédomine nullement au début, du côté du rectum; le toucher rectal est négatif ou du moins ne fournit que des sensations confuses. Il y a des hématuries de type vésical ou urétrovésical; il y a également des crises de rétention. La cystoscopie n'est pas toujours possible en raison de l'obstacle du col vésical. La seule ressource dans ces cas obscurs est de pratiquer le plus vite possible une cystotomie exploratrice qui permettra de reconnaître à quoi on a affaire et de commencer le traitement.

Citons encore, pour être complet, chez les ataxiques, le SPASME DE L'URÈTRE et le SPASME DU COL VÉSICAL, qui peuvent donner d'une façon continue des troubles de la miction. Dans ces cas, le début de la miction est difficile; le malade est obligé de pousser; ou bien, une fois commencée, elle est entrecoupée par un spasme de l'urètre. Mais il n'y a pas d'hématurie en général, et il y a les antécédents, les autres signes du tabes.

---



## CHAPITRE V

---

### Traitement.

---

Tout papillome occlusif de la vessie diagnostiqué doit être traité le plus vite possible.

Le traitement de choix est la destruction de la tumeur par voie endoscopique à l'aide de la diathermie.

Ce traitement suffit dans beaucoup de cas. Mais si la tumeur dépasse le volume d'une noix, ou si elle est trop près du col, il faut avoir recours à l'extirpation transvésicale.

---

#### 1. — **Electro-coagulation.**

EDWEN BEER, de New-York, applique le premier, en mars 1900, la haute fréquence au traitement des tumeurs de la vessie.

KEYES (de New-York), HARPSTER, SINCLAIR, THOMAS (de Philadelphie), MAC CARTHY (New-York), BACHRACH (Autriche), GRANJEAN, essayent avec succès la technique de

Beer. — « En octobre 1911, HEITZ-BOYER et COTTENOT faisaient sur ce sujet une communication très suggestive à l'Association Française d'Urologie, et apportaient à l'actif des courants de haute fréquence de brillants résultats. » (LEGUEU).

Depuis, BEER (*Zeitschrift für Urologie*, 1912, p. 1889) mentionne qu'en Amérique plus de 187 tumeurs de la vessie ont été traitées par sa méthode ; il parle de 28 cas opérés de la même manière en Europe et précise ses indications.

LEGUEU recommande l'électro-coagulation (BEER). Il s'en est servi chez 10 malades et constate qu'elle présente une supériorité incontestable sur les autres formes de traitements endoscopiques, grâce à la souplesse de la sonde, on peut atteindre les régions de la vessie qui seraient inaccessibles aux instruments opératoires de Nitze et aux cautères. De plus, lorsque l'escarre se détache, elle met à nu une partie encore légèrement coagulée; elle n'expose donc pas aux hémorragies. On peut ajouter à tout cela les avantages de tous les traitements endoscopiques qui sont d'éviter des opérations successives chez des malades qui récidivent très vite. Elle leur permet de continuer, malgré le traitement, leur vie et leurs occupations. Nombreux sont les auteurs qui emploient actuellement cette méthode de Beer et on peut dire qu'elle s'est généralisée. Notre maître, M. le Professeur GAYET, n'utilise, lui aussi, que l'électro-coagulation dans les traitements des papillomes dans tous les cas où cette méthode est applicable.

TECHNIQUE. — Le malade est placé comme pour une cystoscopie. On agit en « bipolaire » et on place l'élec-

trode indifférente sous les fesses du malade ou sur une de ses cuisses. Plus cette électrode indifférente sera rapprochée de la partie à détruire, plus l'action de l'électrode active sera puissante.

La vessie nettoyée est garnie comme pour une cystoscopie ordinaire. L'électrode est engagée dans le cystoscope, comme une sonde urétérale et celui-ci, ainsi armé, est introduit dans la vessie.

On se sert d'un résonateur d'Oudin. On applique directement l'électrode sur la tumeur et on se sert d'un courant à faible voltage, donnant des étincelles courtes. L'électrode produit ainsi une coagulation profonde.

Pour Legueu, les séances se font tous les quinze jours pour chaque malade : elles durent, pour chaque tumeur, de 4 à 5 minutes. Les contacts sont multipliés sur la tumeur et l'intensité varie de 250 à 350 M. A. : à ce taux, les sensations des malades nous forcent souvent à nous arrêter.

INDICATIONS. — Pour les grosses tumeurs ; pour celles d'une grosseur moyenne, mais très nombreuses ; pour celles aussi qui saignent beaucoup ou celles qui nécessitent une anesthésie prolongée, le traitement étant long, nous préconisons une opération transvésicale.

En ce qui concerne le siège, pour les tumeurs situées près du col, être très réservé quant à la voie endoscopique. « Sans doute, grâce aux uréthro-cystoscopes actuels (Buerger, Mac Carthy, Heitz-Boyer) grâce, au besoin, au cystoscope rétrograde à cathétérisme, que j'ai fait construire, on peut les détruire endoscopiquement ; mais comme ces tumeurs saignent très facilement, la manœuvre est souvent délicate, et pour les mêmes raisons que

pour les tumeurs multiples, je crois l'intervention sanglante préférable dans bien des cas » (Heitz-Boyer).

« Mais c'est, en fin de compte, pour toutes les petites et les moyennes tumeurs que ces méthodes sont excellentes. Dans les récidives qu'on surveille avec soin, elles permettront d'arrêter dans son origine ou dans ses manifestations cette maladie si terrible de l'épithélioma vésical, de guérir sans opération des papillomes qui se généraliseraient vite dans la vessie.

« C'est dans ces limites et sur ces bases que je considère l'application des courants de haute fréquence aux tumeurs de la vessie comme un grand progrès de la technique endoscopique » (Legueu).

Ceci étant admis, il est certain que pour les papillomes occlusifs la fulguration sera rarement possible, en raison du voisinage du col; et, en fait, elle a rarement été pratiquée.

---

## 2. — Taille hypogastrique transversale.

Cette taille, préconisée déjà par Ledrau, en 1730, et Franc, de Montpellier, puis par Gunther, Bruns, Trendelenbourg est utilisée, dès 1891, par Guyon et Albarran. Elle permet une vue plus large sur la vessie, et une plus grande facilité pour les manœuvres compliquées, surtout dans la région des cornes latérales.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — 1° On fait une incision curviligne de 8 à 12 cm. à un travers de doigt au-dessus

du bord supérieur du pubis. Cette incision permet une large vue sur toute la partie à opérer. La pointe des ciseaux fermés refoule le péritoine de bas en haut ;

2° La vessie est remplie par le liquide qui permet de bien la voir. On place deux fils de chaque côté de la ligne médiane, puis on vide la vessie et la section est faite transversalement entre les fils supérieurs et inférieurs. On examine bien la vessie et on note l'endroit où portera l'extirpation ;

3° « Saisir délicatement la tumeur avec une pince à cadre. Ne pas l'écraser, ce qui risquerait de produire des greffes soit sur la surface de section, soit sur la plaie vésicale ou sus-pubienne. La tumeur est saisie de la main gauche et attirée. Si elle est sessile, le fait de l'attirer forme un pédicule aux dépens de la muqueuse et de la paroi vésicale. Sur cette muqueuse tendue et à deux millimètres de la tumeur, la main droite armée d'un thermo, coupe la paroi vésicale et avance peu à peu tant que le néoplasme soit enlevé. Le thermo diminue le saignement et les risques d'inoculation. Examiner la surface d'implantation ; si un vaisseau donne, le lier » (Pauchet) ;

4° Après avoir fermé la vessie au moyen d'une série de fils de catgut, on ménage sur la plaie vésicale un orifice par lequel on introduit une sonde de Pezzer. Ensuite on fait une suture de la paroi abdominale avec un ou deux fils de catgut. Il est important de bien faire cette suture pour éviter les éventrations qui peuvent se produire plus tard. La peau est suturée avec des crins.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Coucher l'opéré en position de relâchement musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen. Cystoscooper le malade deux mois plus tard. Si une

formation nouvelle se révélait, la détruire par l'électro-coagulation.

La taille transversale que nous venons de décrire et dont nous ne méconnaissions pas les avantages a cependant quelques inconvénients ; elle nécessite le plus souvent l'incision, au moins partielle, des muscles droits ; elle se prête moins bien au drainage de la vessie à sa partie supérieure, gage de cicatrisation rapide et complète ; elle expose donc davantage à des fistules. Enfin elle oblige à un décollement latéral qui prépare les infections péri-cystiques.

Pour toutes ces raisons, notre maître, M. le Professeur GAYET, l'emploie de moins en moins. Une taille verticale, avec l'emploi d'un bon écarteur vésical, donne tout le jour nécessaire pour aller extirper un papillome juxta-vésical, puis suturer la muqueuse. Le secret est dans le renversement très complet du malade en Trendelenburg et dans le soulèvement de la paroi postérieure de la vessie, quand besoin est, par le doigt d'un aide ou par un ballon de Pétersen.

Nous devons insister sur un point de thérapeutique particulier à l'affection qui nous occupe.

Lorsqu'il s'agit d'un papillome occlusif à pédicule long et mince, la réparation de la muqueuse, après section de ce pédicule, sera des plus faciles.

Mais il est des cas où les tumeurs sont multiples, ou bien le pédicule est large. La suture de la perte de substance constituera une manœuvre un peu délicate et qui, mal faite, entraînera des troubles mictionnels ultérieurs. En effet, le pli qu'on fait à la muqueuse par cette suture tendrait, s'il était perpendiculaire à l'axe du col et de

l'urètre, à faire une sorte de barrière préparant un bas-fond en arrière du pli.

Il faudra donc suturer dans une direction radiaire pour que l'urine ne trouve aucun obstacle à s'écouler convenablement.

Le drainage hypogastrique sera continué un certain temps, car une sonde à demeure venant au contact de la suture risquerait fort d'amener la désunion de celle-ci. Il ne faut pas, dans ces cas de papillome juxta-vésicaux, céder à l'attrait d'une fermeture idéale de la vessie qu'on peut se permettre en d'autres circonstances.

Enfin le malade devra, comme tous les porteurs de papillome, être sévèrement surveillé au point de vue des récidives, et les méthodes endoscopiques reprendraient leurs droits, si un début de réapparition des polypes se manifestait, car alors il ne s'agirait que d'un point très limité à coaguler, ce qui pourrait se faire avec des bougies à électrode latéral telles que les a conseillées Heitz-Boyer pour des cas de ce genre.

---



## Observations.

---

### OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

#### *Papillome vésical*

M. Sch..., 72 ans, vu en consultation avec le Docteur Staume, le 27 décembre 1923. Dysurie depuis mai dernier. Actuellement, rétention complète nécessitant la sonde depuis quatre jours. Urine un peu trouble. Au toucher, sensation de grosse prostate molle. Etat général assez bon. Un peu pâle, langue saburrale.

Constante = 0,143.

Entre à la clinique pour prostatectomie. Le 28 décembre, cystostomie : au lieu de l'hypertrophie, on trouve deux papillomes, l'un du volume d'une noix, latéral gauche, l'autre du volume d'une cerise, immédiatement en arrière et à droite du col. Résection de la muqueuse d'implantation. Suture. Suture partielle de la vessie. Drainage.

15 janvier. — Bel aspect de la plaie. Jamais de température. Sonde de Pezzer.

1<sup>er</sup> février. — Sonde par l'urètre pour laisser pauser la fistule.

15 février. — La cicatrisation a été très lente, presque terminée.

24 février. — Le malade rentre chez lui, entièrement cicatrisé et vidant bien sa vessie.

## OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

### *Papillome de la vessie (petit épithélioma)*

Le nommé D..., 57 ans, entre à la clinique le 11 décembre 1923.

Bonne santé habituelle, sauf quelques rhumatismes.

Marié, a eu une fille bien portante. Depuis deux à trois mois, amaigrissement; depuis trois semaines, dysurie, pollakiurie nocturne (3 ou 4 fois). Urine peu à la fois, douleur au début de la miction. Est obligé de pousser du commencement à la fin.

Jamais de rétention complète. A l'examen, prostate peu développée au toucher. Mais la sonde Nélaton butte contre un obstacle et seule la béquille passe.

Résidu : 100 gr. environ d'urine trouble. Un peu de sang. Je demande l'Ambard et conseille la prostatectomie.

Constante = 0,09.

17 décembre. — Opération sous anesthésie rachidienne. On commence comme pour une prostatectomie avec ligature préalable des déférents. Puis cystostomie. On explore avec le doigt la vessie et on trouve plusieurs végétations polypeuses. Par le toucher bi-manuel, on ne sent pas une grosse prostate, mais il y a des polypes insérés près du col. On agrandit l'incision, mise en place de l'écarteur de Legueu, puis ablation de deux polypes à la pince après pincement et ligature du pédicule. La face postérieure de la vessie présente une nappe tomenteuse qui n'est pas indurée comme un épithélioma vrai, mais pas souple comme la muqueuse vésicale. On fait un tamponnement pour arrêter l'hémorragie et on se propose de mettre le radium dans deux ou trois jours.

21 décembre. — Ablation de la mèche. Placement de deux tubes de radium de 0,49 milligr. chaque — tube de Marion. Il y a eu de grosses douleurs, nécessitant la morphine.

23 décembre. — Ablation du radium. Les jours suivants, agitations, insomnie, vomissements, sensation de dyspnée, d'étouffement nocturne.

Suites simples, malgré nervosisme, insomnie.

16 janvier. — On essaie de placer une sonde à demeure, mal supportée, elle provoque une petite hémorragie.

17 janvier. — On remet du Pezzer hypogastrique.

24 janvier. — Rentre chez lui avec sa fistule.

Examen histologique (Faculté). — Il s'agit d'un épithélioma caractérisé par des nappes de cellules épithéliales compactes envahissant les plans profonds, dissociant des lobes essentiels.

6 mars. — Revu, souffre toujours d'épreintes pénibles, ne peut supporter la sonde urétrale qu'on essaye de placer à plusieurs reprises.

---

### OBSERVATION III

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

#### *Papillome pédiculé de la vessie*

B..., teinturier, entre dans le service le 7 octobre 1923, pour rétention. Il est âgé de 65 ans.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires et collatéraux du malade.

Aucune maladie dans l'enfance. Le malade nie toute maladie vénérienne. Il s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge actuel. Il tousse un peu l'hiver et a une expectoration de mucosités blanches sans caractères nets.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre à cinq ans par des hématuries qui ont eu pour caractères :

1° d'être capricieuses; elles survenaient sans aucune cause, disparaissaient sans traitement, étaient très espacées et survenaient tous les six mois parfois;

2° d'être absolument indolores; le malade avait l'impression d'uriner de l'huile ;

3° d'être surtout accentuées au début de la miction. Le reste de la miction était beaucoup plus clair, souvent limpide.

La dernière hématurie en date s'est passée il y a une huitaine de mois.

Samedi 6 octobre 1923. — Le malade, après une journée ordinaire, n'a pu uriner le soir. Il se couche et arrive à uriner quelques gouttes de sang. Le dimanche matin, le médecin vient, ne le sonde pas et l'envoie dans le service.

Ici, on le sonde avec une sonde de Nélaton N° 15 assez facilement et on ne retire que des urines sanglantes, mais ne présentant aucun caillot. Le malade, depuis le sondage d'hier, urine par regorgement des urines toujours sanglantes.

Examen. — Malade ayant un bon état général. Ce matin, la température à 37° 2. Urines sanglantes.

Poumons. — A l'auscultation, respiration soufflante avec râles piaulants et musicaux disséminés.

Cœur. — A l'auscultation, normal.

Abdomen. — Foie non perceptible. Rate et reins de même.

Vessie. — Globe vésical dur et distendu remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Scrotum. — Testicules normaux. Phimosis très serré, congénital.

Toucher rectal fait, la vessie étant en distension. On sent la vessie qui bombe fortement dans le rectum. La prostate n'est pas très grossie. Les deux lobes latéraux sont bien délimitables, fort peu hypertrophiés. Le lobe médian l'est plus et fait une longue saillie à la partie supérieure de la prostate.

Le malade est mis au traitement hémostatique : chlorure de calcium, lavages à l'antipyrine, etc...

Le 16 octobre. — Cystoscopie. Mais l'hématurie continue, et on ne peut affirmer qu'une chose, la présence d'une tumeur frangée, impossible de voir si elle est pédiculée, car les franges remplissent la vessie.

A la suite de la cystoscopie, le malade qui avait eu de la température à 39° au moment de son entrée, et qui était redescendue à 37° 3, le 15 octobre redevient fébrile jusqu'à près de 40°. En même temps, des hématuries profuses se produisent, et au moment où on allait faire une cystostomie, le décès survient à la suite d'une hémorragie très grave, le 22 octobre.

Le 24 octobre 1923. — Autopsie.

Rien de spécial dans l'abdomen. A l'ouverture de la vessie, on constate la présence d'un volumineux papillome pédiculé.

Le pédicule est situé à 6 ou 7 cm de l'orifice urétral gauche, et il est possible que le papillome ait pu obstruer cet orifice. D'ailleurs, on constate que l'uretère gauche, dans sa partie supérieure est très dilaté et qu'il existe une hydronéphrose gauche. On constate une néphrite intense du rein droit.

---

#### OBSERVATION IV

Ch. PERRIER (in *Journal d'Urologie*, mai 1924)

*Papillome vésical inséré sur le col donnant lieu  
à la rétention d'urine.*

M. Jean L..., 55 ans. Opéré en 1918 par M. Gayet, de Lyon, pour papillome vésical (taille sus-pubienne). Depuis avril 1923, a recommencé à faire des hématuries. Il a parfois de la difficulté à uriner, et cette difficulté va en augmentant depuis quelques semaines, arrêt brusque de temps à autre.

Au toucher rectal, la prostate est normale.

Le sondage, qui se fait sans difficulté, ramène 450 cc. d'urine louche, légèrement teintée de sang.

Au cystoscope, on aperçoit, très près du col, une tumeur à surface finement papillomateuse, mais dont les villosités semblent courtes et ne flottent pas. Il y a une nécrose blanchâtre sur une certaine étendue de la surface. Cette tumeur ne cache pas les orifices urétéraux, elle semble sessile.

La vessie est fortement trabéculaire.

Opération le 7 septembre 1923. — Rachianesthésie. Taille sus-pubienne. Vessie très dilatée à paroi épaisse et très musclée. La tumeur, à peu près ronde, est implantée par un pédicule assez fort et long d'un demi à trois quarts de centimètre sur le col de la vessie au niveau où la muqueuse pénètre dans l'origine de l'urètre, du côté droit. J'arrache ce pédicule avec un lambeau de la muqueuse du col de la vessie. Il est impossible, vu la profondeur (le malade est grand et fort), de placer à ce niveau ni suture ni ligature. Je mets en place une

sonde-béquille n° 18; et tamponne le col de la vessie autour de cette sonde. Drain sus-pubien.

La tumeur enlevée mesure 4, 3, 2,5 centimètres, à l'aspect typique du chou-fleur.

Elle présente au microscope les caractères habituels du papillome bénin. Les suites furent tout d'abord normales, et j'enlevai le tamponnement le 2<sup>e</sup> jour.

Le 10 septembre, une hémorragie secondaire m'oblige à remplacer une sonde urétrale et un tamponnement. Dès lors, la guérison se poursuivit normalement.

La fermeture de la vessie cependant fut assez longue à obtenir.

Je revis le malade le 14 janvier 1924. A ce moment, la miction est normale, les urines claires, le résidu vésical nul. Au cystoscope, la vessie est d'aspect presque normal, les colonnes ont à peu près disparu.

---

## OBSERVATION V

ZUCKERKANDEL (in *Munch. Med. Wochenschr.*, 1912)

*Rétention chronique incomplète de l'urine.*

*Excision d'un papillome de la vessie. Guérison de la rétention.*

Le malade, âgée de 61 ans, entre à l'hôpital pour une cystite chronique et une rétention incomplète de l'urine, avec le diagnostic d'hypertrophie de la prostate, pour laquelle il est en traitement depuis quelques mois. On lui a conseillé à l'aide de cathétérisme de vider deux fois par jour une quantité de 500 gr. d'urine et de laver la vessie.

L'urine montrait des signes de cystite chronique. Malgré un traitement de plusieurs mois, la cystoscopie entreprise montra la présence d'une tumeur au fond de la vessie. L'orifice du col de la vessie était fermé et ne permettait pas la sortie de l'urine.

Au mois de juin, cystotomie; j'ai trouvé une tumeur grosse comme une noix, pédiculée, molle, qui était insérée par un mince pédicule sur le col de la vessie. Excision, suture de la plaie. Drainage de la vessie et cystopexie. Guérison après six semaines. Cystite notablement améliorée. Aucun besoin de cathétérisme.

Quatre mois après, le malade se présente de nouveau. Il présente encore un léger trouble de l'urine, mais pas d'hématurie. Pas d'urine résiduelle.

---

## OBSERVATION VI

ZUCKERKANDEL (in *Munch. Med. Wochenschr.*)

### *Rétention chronique incomplète de l'urine.*

#### *Excision d'un papillome de la vessie. Guérison de la rétention.*

Il s'agit d'un homme de 56 ans, souffrant depuis six mois d'une dysurie croissante avec les urines troubles.

21 avril 1911. — Il paraît bien portant et très fort. Du côté de la prostate, on ne trouve rien. L'urine trouble et sanguinolente. Mictions pénibles et très fréquentes, le jour et la nuit. L'urine résiduelle ne comporte que 150 grammes.

Cystoscopie : vessie avec trabécules; un papillome au fond de la vessie de la grosseur d'une grosse noix et beaucoup d'autres plus petits disséminés partout. On a conseillé au malade la cystotomie, proposition qu'il n'a pas voulu accepter. Huit mois après (décembre 1911), le malade revient, parce que, depuis plusieurs semaines, les symptômes sont devenus plus accentués; la nuit existe un écoulement de l'urine goutte par goutte, perte d'appétit, soif ardente, perte des forces progressive. Il est pâle, très maigre. La vessie arrive, comme un ballon rempli d'air, jusqu'à l'ombilic.

Urine (300 gr. par 24 heures), pâle, légèrement trouble, acide, et de poids spécifique 1.007. Elimination d'urée fortement diminuée (11 gr. 7 par 24 heures), l'albumine, 0,47 par

litre. Traces de sang dans l'urine. Sédiments ressemblant au pus, seulement quelques globules rouges non déformés.

L'expérience de l'indigo-carmin retardée (35 minutes) est faible.

On a fait des cathétérismes réguliers et progressifs pour vider la vessie et diminuer la pression intravésicale, et plus tard, on a mis la vessie à sec à l'aide d'un cathétérisme à demeure pour drainer la vessie. Aucune cystoscopie, soit et polyurie disparues, amélioration de la concentration de l'urine, l'expérience de l'indigo-carmin presque normale; et, après ce traitement de trois semaines, il semble que l'opération soit possible. Incision haute sous anesthésie. Grosse tumeur pédiculée, de la grosseur d'une pomme, remplit presque toute la vessie. Il fallut enlever plusieurs masses avant de pouvoir arriver jusqu'au pédicule qui était inséré à gauche près de l'orifice de l'uretère qui était normal. Incision du pédicule et suture au catgut de la plaie; plusieurs petites tumeurs partout disséminées sont aussi enlevées. La vessie est lavée avec le sérum physiologique, séchée et cautérisée avec la teinture d'iode. Drainage hypogastrique. Suites de l'opération normales. Trois semaines plus tard, fermeture de la vessie.

Le malade, pendant sa convalescence, reprend des forces, appétit et poids.

Au moment de quitter l'hôpital, il urine à intervalles normaux, sans aucune gêne, et à l'examen fait plusieurs fois, on trouve la vessie vide.

Urine jaune, presque claire, concentration normale, 1.500 grammes par vingt-quatre heures.

## OBSERVATION VII

(ZUCKERKANDEL)

*Rétention complète de l'urine.  
Guérison après excision d'un polype de la vessie.*

Malade âgé de 59 ans. Entré le 7 septembre 1911. En 1905, on lui a fait, à l'aide de la lithotripsie, l'extraction d'un calcul de la vessie. Six mois après, la miction devient fréquente et pénible. Depuis lors, il y a presque cinq ans, le malade a été traité comme un prostatique. On lui a ordonné des cathétérismes au début une fois par jour, plus tard quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures.

Depuis un an et demi, la vessie ne se vide plus spontanément; lavages et cathétérisme à demeure. L'infection de la vessie se produit. Depuis quelques mois, hématurie profuse il y a huit jours, le malade éprouve une sensation de pesanteur à la vessie. On note l'obstruction du cathéter par les caillots sanguins.

C'est dans cet état que le malade vient pour la première fois à notre clinique.

Cet homme paraît jouir d'une bonne santé. La prostate est normale.

La quantité de l'urine sanguinolente par vingt-quatre heures est 1.900 cc.; son poids spécifique 1.022. Urée, 12 gr. par litre. Albumine, dans une quantité notable. Le résidu d'urine contient des globules de sang et de pus. On met un cathéter à demeure et on pratique des lavages de la vessie avec une grande quantité de liquide. Les douleurs sont très fortes lorsque le cathéter se bouche et empêche par conséquent la sortie du liquide.

La cystoscopie montre l'orifice de la vessie obturée par une tumeur polypeuse et aussi une autre petite tumeur du côté de l'uretère gauche. Hypertrophie trabéculaire de la musculature vésicale.

Le 15 septembre 1911, on pratique une cystostomie trans-versale sus-pubienne. Une tumeur de volume d'une noix cache le col de la vessie et elle est implantée à l'aide d'un mince

pédicule près du col vésical. Cette tumeur, ainsi que la petite située à côté de l'uretère gauche sont excisées et la plaie est suturée.

Après l'excision des tumeurs, on voit l'orifice de la vessie tout à fait normal. Drainage hypogastrique (drainage d'Heber); suture incomplète de la vessie. Cystopexie. Suites de la plaie normales.

Le 7 octobre, la plaie est fermée. Miction spontanée toutes les heures et demie ou toutes les trois heures.

Sept mois après, le malade est examiné par le docteur Paschikis. Miction normale. Aucune urine résiduelle. La cystoscopie montre que la vessie est normale.

---

## OBSERVATION VIII

Orow

### *Prolapsus d'un papillome vésical à travers l'urètre.*

Il s'agit d'une femme de 71 ans venue consulter au printemps de 1919 pour des hématuries. La malade avait subi le 27 mars 1897 une taille hypogastrique par laquelle un papillome vésical avait été enlevé. Les suites opératoires avaient été normales, et pendant cinq ou six ans, la malade n'avait pas eu d'hématurie ; puis les hématuries reparurent. La malade n'avait pas subi de cystoscopie et ne s'était traitée que par quelques lavages.

A l'examen, on trouve une malade dont l'organisme est affaibli par les hématuries répétées, artérioscléreuse, avec des troubles cardiaques. La cicatrice opératoire est normale; l'urine est une urine de cystite contenant une assez grande quantité de sang.

A la cystoscopie, la vessie contient deux gros papillomes, cachant les deux orifices urétéraux. La tumeur droite a une insertion longue et flotte plus ou moins dans le liquide vésical, tandis que le papillome gauche à large base présente la

grosseur d'un petit œuf de poule. Au sommet de la vessie, au niveau de la cicatrice opératoire, on voit plusieurs petites végétations. Amélioration légère par des lavages au nitrate d'argent ; mais la malade présenta une pollakiurie et une dysurie toujours croissante avec des arrêts brusques du jet d'urine. Un jour la malade se présenta avec un ténesme vésical violent. L'inspection de la vulve montra alors entre les petites lèvres et le clitoris l'existence d'une tumeur rouge bleuté, faisant saillie hors de l'urètre, et présentant les dimensions d'un petit œuf de poule. Dans ce cas, où un examen cystoscopique avait pu être pratiqué au préalable, le diagnostic s'imposait : il s'agissait du prolapsus par l'urètre d'un papillome vésical. Sans dilatation de l'urètre on put passer autour de la tumeur l'anse d'un fil et le papillome put être extrait sans hémorragie.

Un examen de contrôle, pratiqué quelques jours après, montra que le papillome enlevé était celui qui était inséré à droite et qui avait été vu très mobile. Pas de modifications dans les hématuries. Continuation du traitement palliatif. Mort quelques semaines plus tard d'épuisement général.

---

## OBSERVATION IX

WOLBARST

*Papillomes multiples de la vessie obstruant le col vésical  
et traités avec succès par la fulguration d'Oudin*

Le malade, âgé de 40 ans, sans aucun antécédent pathologique vénérien ou urinaire, se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, toutes les heures ou toutes les deux heures, pendant le jour, mais ne se levait qu'une ou deux fois la nuit. L'examen cystoscopique fit constater des lésions intéressantes. La muqueuse vésicale était normale, ainsi que le méat urétéral gauche ; mais on ne put découvrir l'orifice de l'uretère droit. En outre, immédiatement en arrière du bord droit du sphincter

interne, on constatait la présence d'un énorme papillome ayant la forme d'un chou-fleur et adhérent à la vessie par un pédicule large et épais. Il pouvait avoir deux centimètres et demi de diamètre et trois centimètres de hauteur de la base au sommet. Il était dirigé de haut en bas vers la ligne médiane.

On voyait également, sur le bord gauche du sphincter, un second papillome dirigé de bas en haut, sur la ligne médiane, allant à la rencontre de l'autre papillome, ne sorte que leur réunion formait une énorme masse dans la cavité vésicale et l'obstruait presque complètement, ce qui rendait la cystoscopie très difficile.

L'auteur pratiqua la fulguration d'Oudin, d'abord sur le papillome supérieur, et, au bout de quelques séances, il avait complètement disparu. Il attaqua ensuite le papillome inférieur et le traitement fut également suivi de succès. Le traitement, dit l'auteur, n'est nullement douloureux et l'hémorragie qui peut se manifester s'arrête le plus souvent spontanément.

---

#### OBSERVATION X

VILLEMIN (*Journal d'Urologie*, tome XVI, N° 5, 1923, p. 436  
23<sup>e</sup> Session de l'Association française d'Urologie)

##### *Enorme papillome uréthro-vésical déterminant des crises douloureuses de rétention d'urine*

Malade étiqueté prostatique qui présentait de la dysurie, avec hématuries terminales. Il s'agissait en réalité d'une dysurie mécanique due à un énorme papillome uréthro-vésical ayant envahi la région rétro-montanale de l'urètre postérieur, le col vésical, le trigone et une partie des faces latérales de la vessie.

L'auteur attire l'attention sur la possibilité de pratiquer cette intervention, dont la difficulté de destruction par la voie endoscopique n'était pas niable en raison de l'importance des tumeurs et de leur localisation, avec ce merveilleux instrument

dont s'est enrichi, il y a quelques années, l'arsenal urologique, l'urétro-cystoscope de Mac Carthy, qui, avec ses diverses optiques, permet d'atteindre toutes les tumeurs vésicales, y compris celles situées sur la face antérieure de la vessie.

---

### OBSERVATION XI

*Journal d'Urologie*, t. XVII, mars 1924. — Dans les analyses :  
*The Journal of Urology*, octobre 1923, trad. S. Sisk.

Malade de 21 ans en rétention aiguë. Sondage difficile, permettant cependant à l'urine de filtrer le long de la sonde quand celle-ci déprimait la paroi postérieure de la vessie. L'après-midi du deuxième jour, expulsion par l'urètre d'une tumeur sans hémorragie. La cystoscopie pratiquée quelques jours après ne montre qu'une cystite d'intensité moyenne. L'auteur ne peut retrouver ni dans la vessie, ni dans l'urètre, l'origine de la tumeur ; les orifices urétéraux sont normaux. Le cathétérisme des uretères révèle du pus des deux côtés. La tumeur est un papillome frangé à pédicule très étroit, long de 3 centimètres.

---

### OBSERVATION XII

Victor-Constant VOUTERS, (in *Thèse de Bordeaux*, 1905-1906)

Malade du sexe masculin, âgé de 52 ans, chez lequel des hématuries, des douleurs à la miction, de la rétention, et enfin l'examen cystoscopique font porter le diagnostic : tumeurs de la vessie.

Le premier symptôme, apparu trois ans auparavant, fut une hématurie.

Hématurie, douleurs à la miction, rétention font prendre le parti d'intervenir. La vessie ouverte par la taille sus-pubienne, on trouve un papillome implanté sur le côté gauche et la lèvre supérieure du col. On résèque la tumeur, on suture au catgut la plaie obtenue et l'on termine en fermant la vessie.

Guérison opératoire. Dans la suite, le malade a été perdu de vue.

La tumeur réséquée était un papillome.

---

### OBSERVATION XIII

POŁAK A. (in *Thèse de Paris*, 1901)

R..., homme de 32 ans, de Leipzig.

La première hématurie a eu lieu 13 ans avant l'entrée à la clinique, outre de fréquentes hématuries et une légère dysurie le malade a souvent éprouvé la sensation que quelque chose empêchait la miction.

Le 27 juillet 1894, cystoscopie à la partie externe et en arrière de l'uretère droit une tumeur de la grosseur d'une orange.

La première séance de cystoscopie opératoire le 7 août 1894, la dernière (14<sup>e</sup> séance), le 20 août 1894. Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique de la tumeur : papillome. Le malade est guéri ; les urines sont limpides.

Révision cystoscopique le 1<sup>er</sup> novembre 1896. Pas de trace de récurrence. Le malade se porte très bien.

---

## OBSERVATION XIV

POLAK A. (in *Thèse de Paris*, 1901)

A..., homme de 50 ans, de Dresde. Première hématurie 4 ans avant la consultation. Le malade a déjà été plusieurs fois examiné. Il éprouvait comme une sensation que quelque chose le gênait pendant la miction. Des accidents fréquents d'hématurie. Urine catarrhale. Le 22 août 1894, cystoscopie : sur le côté droit du bas-fond une tumeur, composée de plusieurs fragments, de la grosseur d'une petite orange, laquelle couvre complètement l'uretère droit et va jusqu'à l'orifice interne de l'urètre. Pendant l'irrigation, on peut voir le pédicule de la tumeur. La première séance de cystoscopie opératoire a lieu le 23 août 1894, la dernière (6<sup>e</sup> séance) le 14 novembre 1894.

Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique : papillome. Le malade part guéri. Les urines sont claires. Révision cystoscopique en automne 1895 : pas de trace de récurrence. Le malade va bien.

---



## Conclusions.

---

I. — Les papillomes de la vessie peuvent, lorsqu'ils siègent au voisinage du col, se manifester par des symptômes de rétention ou d'arrêt brusque de jet qui peuvent prêter à des confusions avec d'autres affections.

II. — Cette occlusion peut être réalisée par deux mécanismes, soit qu'une frange vienne obturer le col et même y pénétrer en formant un véritable bouchon, soit que l'implantation du néoplasme sur la lèvre postérieure du col prédispose à la formation d'un bas-fond comme dans l'hypertrophie prostatique.

III. — Les symptômes de rétention sont identiques à ceux produits par l'hypertrophie prostatique, même le toucher percevant une masse néoplasique peut la confondre avec un adénome. Seule la cystoscopie pourrait, dans ces cas, éclairer le diagnostic.

IV. — Le traitement est celui de tous les papillomes, mais le voisinage du col y apporte certaines difficultés et, quand on pratique l'exérèse, peut aboutir à des déformations de la région cervicale qui peuvent être gênantes pour l'évacuation normale de l'urine.

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**

**Vu :**

**GAYET**

**LE DOYEN,**

**JEAN LÉPINE.**

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 14 Juin 1924

**LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
CAVALIER.**

---

## Bibliographie.

---

- ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie, Paris, 1892.
- Médecine opératoire des voies urinaires, Paris, 1909.
  - Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1907, p. 785).
- BAZY. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme (*Soc. de chirurgie*, 13 juin 1883).
- BECKEL. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1900, p. 32.
- BOSCH. — Belg. Geselsch. f. Urologie.
- CASPER. — Die recidive der Harnblasenpapillome (*Berl. Klin. Woch.*, 1908, p. 303).
- CIVIALE. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, Paris, 1842.
- CLADO. — Traité des tumeurs de la vessie, Paris, 1895.
- COMBES. — Traitement des tumeurs de vessie (*Thèse de Toulouse*, 1899).
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- CUMSTON. — Un cas de papillome de la vessie avec remarques sur son traitement chirurgical (*Arch. provinc. de Chir.*, 1904, XIII, p. 568).
- DESNOS. — Fragmentation et expulsion spontanée des tumeurs de la vessie (2<sup>e</sup> *Congrès français d'Urologie*, Paris, 1897).
- DEAVER. — Sympt. et trait. des tumeurs de la vessie (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 14 juillet 1894).
- DORÉ. — *Thèse de Paris*, 1911.
- DORÉ et MOCK. — Contribution à l'étude des opérations endo-vésicales dans les tumeurs de la vessie (*Annales des Mal. des Org. génito-urinaires*, 1911, N<sup>os</sup> 12, 13, 14).

- FENWICK. — Les tumeurs de la vessie (*Brit. med. Journal*, 10 juin 1893).
- GUIZY. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1907, p. 103.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, Paris, 1888, p. 376 et suiv.
- *Gazette des Hôpitaux*, 1894.
- De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, Paris, 1884, p. 394).
- HEITZ-BOYER et COTTENOT. — Association française d'Urologie, octobre 1911.
- MARION, HEITZ-BOYER. — Cystoscopie et cathétérisme urétéral, 1923.
- LEGUEU. — Les papillomes de la vessie (*Journ. des Praticiens*, 1910, p. 148).
- *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, 30 juin 1913.
- LEGUEU et VERTIAC. — Origine et transformation des papillomes vésicaux (*Rev. prat. des mal. des org. génito-urinaires*, 1910, N° 38, p. 81).
- LEWANDOSKI. — Papillomes multiples de la vessie (*Wiener med. Presse*, 1893).
- LUCCARDI. — Thèse de Bordeaux, 1895-1896.
- LUYS. — Traitement des tumeurs de vessie par la voie endovésicale avec le cystoscope à vision directe (*Rev. prat. des mal. des org. génito-urin.*, 1908, p. 118).
- MARION. — Traité d'Urologie, 1921.
- Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie (*Rev. prat. des malad. des org. gén. urin.*, 1<sup>er</sup> mai 1909, N° 32, p. 81).
- De l'extirpation endovésicale des tumeurs de vessie par les voies naturelles (*Presse médicale*, 21 déc. 1910, N° 12).
- NICOR. — Traité des polypes de l'urètre et de la vessie, 1835.
- NITZE. — Die intravesicale operation der Blasengeschw. (*Centralbl., der H. und Sex. org.*, 1896, p. 377 et 469).
- OTOW. — Zent. für. Gyn., N° 49, 4 décembre 1920, p. 1416, in *Journal d'Urologie*, 1921.
- PASTEAU. — Encyclopédie française d'Urologie.

PAUCHET. — La pratique chirurgicale illustrée, fasc. I, Paris, 1921.

POLAK. — *Thèse* Paris, 1901.

PERRIER. — *Journal d'Urologie*, mai 1924.

POUSSON. — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes (*Thèse* Paris, 1884).

RAFIN. — Rapport au IX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. Franç. d'Urolog., octobre 1905, p. 19.

RAUSCHENBUCH. — Les papillomes des muqueuses, particulièrement de la muqueuse de la vessie (*Inaug. Dissert. Halle*, 1882).

ROCHET. — De l'association des calculs avec les tumeurs de la vessie (*Arch. prov. de Chirurg.*, 1894).

ROUTIER. — De la cystostomie sus-pubienne (*Soc. Chirurg.*, 1894).

SISK. — *Journal d'Urologie*, mars 1924. — Dans les analyses : *The Journal of Urology*, octobre 1923.

TAILLAS. — Contribution à l'étude des papillomes de la vessie, leur traitement par la méthode de Nitze (*Thèse* de Montpellier, 1902).

THOMPSON. — Traduction Jamin, Paris, 1885.

VERHOOGEN. — Encyclopédie française d'Urologie.

VOUTERS. — *Thèse* de Bordeaux, 1905-1906.

WOLBARST. — *Journ. d'Urologie*, 15 janvier 1914. — Dans les analyses : *The Urology and Cutaneous Review*, 1913, p. 538.

VILLEMEN. — *Journal d'Urologie*, novembre 1923, p. 436; 23<sup>e</sup> Session de l'Ass. franç. d'Urologie.

ZUCKERKANDDEL. — *Münchener med. Wochenschr.*, 1912, page 2570.

---

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| Introduction . . . . .                         | 9  |
| Chapitre Premier. — Historique . . . . .       | 11 |
| Chapitre II. — Anatomie pathologique . . . . . | 13 |
| Chapitre III. — Symptômes. . . . .             | 17 |
| Chapitre IV. — Diagnostic . . . . .            | 23 |
| Chapitre V. — Traitement . . . . .             | 27 |
| Observations . . . . .                         | 35 |
| Conclusions. . . . .                           | 51 |
| Bibliographie . . . . .                        | 53 |

---



